Rok XLIX. Kraków, dnia 8. października 1910. Nr 41.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

W Warszawie obraduje Zjazd chirurgów polskich.

Dobiegające końca dni Zjazdu, tak licznego, jak żaden jeszcze z naszych Zjazdów chirurgicznych i jak żaden z nich bogatego w plon naukowy, są wspaniałą manifestacyą żywotności i rozwoju tej gałęzi medycyny polskiej. Samorzutnie, bez sztucznych podniet, doszedł ten Zjazd powagi i rozmiarów, wytrzymujących pod każdym względem porównanie ze Zjazdami, odbywanymi w innych krajach; można i należy podnieść to z chlubą tem większą, im trudniejsze są warunki, w jakich lekarzom polskim w przeważnej części ziem naszych kształcić się i naukowo pracować przychodzi.

Umiejętna organizacya obecnego Zjazdu, dobór tematów żywotnych, których rozstrzygnięciem zajmują się właśnie chirurdzy w całym świecie, złączyły się z wyrobioną tradycyą Zjazdów chirurgicznych polskich w całość niezwykle świetną, uwydatniając tem silniej zasługę Tego, który Zjazdy te powołał do życia i który, umiejąc utrzymać ich ciągłość, doprowadzić je zdołał do dzisiejszego rozkwitu. A we wdzięcznej pamięci lekarzy polskich pozostanie, że Zjazdy chirurgiczne były u nas pierwszym początkiem Zjazdów, poświęconych jednej grupie nauk lekarskich, a odgrywających dziś wszędzie pierwszorzędną rolę w postępie medycyny, że były one wzorem, za którym poszli u nas przedstawiciele innych gałęzi naszej nauki.

Na Zjazd stawili się uczestnicy ze wszystkich ziem naszych w imponującej liczbie, a iluż to jeszcze jest takich, którzy niepokonanemi przeszkodami skrępowani, z największym żalem nie mogli pospieszyć na to nauki naszej święto. Siła przyciągająca tegorocznego Zjazdu jest wynikiem kilku przyczyn, które wszyscy odczuwamy. Oby i na przyszłość wśród przyczyn tych zachował swoje znaczenie ciągle potężniejący rozpęd samodzielności we wszystkich działach medycyny polskiej.

Przodujące w tem polskie Zjazdy chirurgiczne dodały znowu jedną chlubną kartę do swojej historyi.

Leczenie błonicy surowicą swoistą.

(Wyniki w okresie ubiegłych lat 15, 1895—1909).

Podał

W. Puławski (Radziejów, gub. warszawska).

Rok ubiegły, 1909, zamyka piętnastoletni okres stosowania przezemnie surowicy przeciwbłoniczej. Prócz kilkunastu przypadków, które dotyczyły osób starszych powyżej lat 15, oraz kilku przypadków takich, które po zastosowaniu surowicy u dzieci do lat 15, znikły mi z oczu i nie mogły być przez to włączone do szeregu statystycznego dla braku danych co do dalszego przebiegu choroby, miałem wszystkich dokładniej postrzeganych przypadków 703, wśród nich 46 śmiertelnych, czyli 6·5% ogólnej liczby; przypadków z powikłaniami krtaniowemi było 381, czyli 54% ogólnej liczby; dały one 12% śmiertelności. Wszystkie przypadki wogóle z punktu widzenia ich przebiegu klinicznego dzieliłem na trzy kategorye: 1) zapalenie krtani, 2) zapalenie gardła oraz krtani i 3) zapalenie gardła. Pierwsze dwie kategorye w szeregach wykazowych łączyłem w jedną rubrykę p. t. »przypadków krtaniowych«.

Spostrzegane przypadki grupowały się, jak następuje:

I) Co do płci: chłopców 369; dziewcząt 334.

II) Co do wieku:

0—1 = 33	5—6 = 71	10—11 = 12
1—2 = 93	6—7 = 45	11—12 = 12
2—3 = 133	7—8 = 37	12—13 = 15
3—4 = 115	8—9 = 17	13—14 = 13
4—5 = 89	9—10 = 10	14—15 = 8

III) Co do dnia choroby, w którym zastrzyknięto surowicę:

A) Ogólna ilość przypadków:	B) Przypadki krtaniowe:
1 — 352	1 — 177
2 — 164	2 — 93
3 — 95	3 — 56
4 — 46	4 — 31
5 — 28	5 — 16
6 — 14	6 — 6
7 — 3	7 — 2
8 — 1	8 — 0

IV) Co do ilości wstrzykniętej surowicy:

A) Ogólna ilość przypadków:

1000 jedn. ochr. 344
2000 » » 328
3000 » » 17
4000 » » 13
5000 » » 1

B) Przypadki krtaniowe:

1000 jedn. ochr. 125
2000 » » 226
3000 » » 16
4000 » » 13
5000 » » 1

V) Co do wielokrotności dawek:

1) jednokrotnie 655
2) dwukrotnie 47
3) pięciokrotnie 1

VI) Co do przypadków śmiertelnych, zestawionych szczegółowo w tablicy I-ej, to większość z nich, jak to widać z tablicy, podlegała leczeniu już w stanie beznadziejnym, lub wprost »in extremis«; surowicę zastosowano na wyraźne żądanie rodziców, lub też sposobem próby wobec sytuacyi, w której nie było już nic do stracenia. W pewnej części przypadków surowicę zastosowano w zbyt małej ilości w stosunku do potrzeby danego przypadku, a to z powodu niechęci i braku zaufania do tego środka, zwłaszcza w pierwszych latach stosowania go, lub też z powodu zbyt wielkiej niezamożności chorych. Wszystkie te przypadki jednak nie zostały przezemnie wyłączone ze statystyki ogólnej, aby nie zmniejszać sztucznie odsetki śmiertelności, która wobec tego wypadłaby prawie o połowę mniejsza.

Nader ważną okoliczność należy tu zaznaczyć, a mianowicie, żaden z przypadków śmiertelnych nie był przedtem leczony surowicą przeciwbłoniczą, ani żadną inną wogóle, czyli ani jedno zejście śmiertelne nie nastąpiło po powtórnych wstrzykiwaniach, stosowanych w dłuższym odstępie czasu.

Z tablicy pierwszej możemy również otrzymać jeszcze i następujące dane: w przypadkach, które zakończyły się śmiercią, wstrzyknięcia dokonano:

na 1-szy dzień choroby 0
» 2-gi » » 1 raz
» 3-ci » » 12 razy
» 4-ty » » 14 »
» 5-ty » » 11 »
» 6-ty » » 6 »
» 7-my » » 2 »

Stąd możemy otrzymać odsetkę wyzdrowienia i śmiertelności wszystkich przypadków leczonych, zależnie od dnia wstrzyknięcia surowicy, co zestawiam w tablicy II-ej:

VII) Co do wysypek posurowicznych, to wogóle dane ściślejsze, na których więcej polegać można, mam od r. 1903. Dają one miarę dla całego okresu piętnastoletniego; dla ścisłości zestawiam dane te w tablicy III. Zjawianie się wielopostaciowych wysypek (urticaria, rash, erythemata et exanthemata morbilliformia (rzadko) lub scarlatiniformia (niezmiernie rzadko) i ich natężenie, jako objawy tak zwane posurowicze (Serumkrankheit) stopniowo zmniejszają się, w miarę tego jak surowica staje się bardziej wysokowartościową, gdyż przez to samo 1000 jedn. ochr. zawiera się nie w 10 ctm.^{3}, lecz w 8, 6, 5, 4, 3, 2, a nawet w 1 ctm.^{3}, a w przypuszczeniu jednakowo dokładnych warunków przygotowania surowicy przeciwbłoniczej i prawidłowego ich

TABLICA I.

L. p.	Płeć	Wiek w latach	Ilość wstrzykniętej surowicy w jedn. ochr.	Ilość dawek	Dzień wstrzyknięcia	Dzień śmierci	U w a g i
1	Z.	4	2000	2	4 i 5	23	Poprawa dnia siódmego; po upływie 2 tygodni nawrot; potem już surowicy nie stosowano.
2	M.	2	2000	1	4	5	Stan beznadziejny. Podczas wstrzykiwania surowicy oraz ol. kamfor. i koffeiny bez odczynu.
3	M.	2	2000	1	6	7	Stan b. ciężki; silne zapalenie gardła; gruczoły olbrzymie; na piąty dzień Laryngitis cruposa, a potem Croup. descendens.
4	Z.	3	1000	1	3	4	Objawy septyczne ogólne b. wydatne. Laryngitis od początku. Zastrzyknięcie surowicy i ol. kamfor. bez odczynu.
5	M.	$3^1/_4$	2000	1	6	6	In extremis.
6	M.	$2^1/_2$	1000	1	5	5	In extremis.
7	M.	$4^1/_2$	2000	1	6	8	Źrenice zwężone do minimum bez odczynu; wstrzyknięcie surowicy bez odczynu, a ol. kamfer. odcz. słaby.
8	Z.	$1^1/_2$	2000	1	7	7	In extremis.
9	M.	4	2000	1	4	5	Stan beznadziejny; zapalenie gardła bardzo rozległe i laryngitis od początku. Sinica, odczyn przy wstrzyknięciu słaby.
10	Z.	2	1000	1	4	6	Od początku senność, apatya; białkomocz $2^0/_{00}$ (Essbach); warunki bardzo złe.
11	Z.	$2^1/_2$	1000	1	5	6	Angina i laryngitis po krostach (?). Stan bardzo zły.
12	Z.	$2^1/_2$	2000	1	3	5	Limfatyczna, nalana; gruczoły szyjne b. twarde i wielkie; silne zapalenie gardła.
13	Z.	$1^1/_2$	2000	1	5	5	In extremis.
14	M.	$3^1/_4$	2000	1	4	5	In extremis.
15	M.	5	2000	1	4	5	Stan beznadziejny; zapalenie gardła bardzo rozległe i laryngitis od początku. Wstrzyknięcie surowicy i ol. kamf. bez odczynu.
16	Z.	$2^3/_4$	2000	1	3	4	Gruczoły niewielkie; zapalenie gardła lekkie. Od początku krup krtani b. ciężki i objawy płucne.
17	Z.	7	1000	1	3	6	Angina et stomatitis diffusa; przy dotykaniu krwawienic; ludzie biedni, przeciwni surowicy.
18	M.	$3^1/_2$	2000	2	5 i 6	12	Podczas zapalenia gardła wysypka (?); potem laryngitis i perichondritis. Gruczoły szyjne bardzo twarde i wielkie.
19	Z.	$1^3/_4$	2000	2	2 i 4	6	Słaba i wątła; gruczoły twarde i wielkie; objawy krtaniowe stopniowe, wzmagające się i zstępujące.
20	Z.	$^1/_2$	1000	1	3	5	Stan beznadziejny; rodzina biedna, daleko mieszkająca Gruczoły twarde, wielkie; bliższe dane o objawach przedśmiertnych nie są mi wiadome.
21	M.	5	2000	1	7	7	In extremis.

L. p.	Płeć	Wiek w latach	Ilość wstrzykniętej surowicy w jedn. ochr.	Ilość dawek	Dzień wstrzyknięcia	Dzień śmierci	UWAGI
22	M.	9	2000	1	5	6	In extremis.
23	M	$\frac{3}{4}$	4000	2	3 i 4	5	Tłusty, blady, limfatyczny, bezkrwisty; silne zapalenie gardła; gruczoły szyjne bardzo twarde i wielkie; po wstrzyknięciu surowicy i ol. kamf. odczyn słaby.
24	Z.	5	2000	1	5	5	In extremis.
25	M.	$3\frac{1}{2}$	1000	1	3	4	Stan beznadziejny; zapalenie gardła lekkie; gruczoły szyjne twarde, mało powiększone; krup krtani od początku bardzo silny. Croup descendens.
26	M	5	2000	1	6	7	Angina i stomatitis od początku; laryngitis na 4-ty dzień; gruczoły twarde i wielkie; ludzie biedni, przeciwni wstrzyknięciu surowicy.
27	M.	6	1000	1	4	10	Syn niewidomego żebraka; pleuritis subacuta; angina bardzo silna; gruczoły twarde i wielkie; krup krtani od początku, stopniowo wzmagający się.
28	Z.	$1\frac{1}{2}$	1000	1	5	5	In extremis.
29	Z.	7	2000	2	3 i 5	7	Zapalenie gardła b. silne; laryngitis od początku. Gruczoły twarde i wielkie; krótkotrwała wysypka (scarlat?); objawy zapalenia opon, stopniowo wzrastające, przy których exitus.
30	Z.	$1\frac{1}{4}$	1000	1	4	6	Schorzała, wątła; zapalenie gardła bardzo silne; laryngitis od początku; gruczoły twarde i duże; stopniowy upadek sił. Wstrzyknięcie surowicy, kamfory i kofeiny wywołuje odczyn słaby.
31	Z.	$1\frac{1}{2}$	2000	1	4	6	Wątła i schorzała; po zapaleniu gardła poprawa, później na trzeci dzień laryngitis i variolois (?). Objawy tchawiczne i płucne. Stopniowy upadek sił, przy którym exitus.
32	Z.	$1\frac{1}{2}$	2000	1	5	8	Zapalenie gardła b. rozległe; na trzeci dzień laryngitis; gruczoły b. twarde i wielkie. Objawy płucne i septyczne ogólne; stopniowy upadek sił, przy którym exitus.
33	M.	$1\frac{1}{2}$	2000	1	4	5	Laryngitis w tydzień po krostach (?), trwających jednę dobę, gruczoły wyczuwalne; zapalenie gardła niedostrzegalne. Croup. descendens — objawy płucne, przy których exitus.
34	Z.	$\frac{1}{2}$	2000	1	3	4	Bardzo wątła i słabowita; zapalenie gardła rozległe na tydzień przed krupem, który raptownie pogarszał się przy objawach zstępujących Wstrzyknięcie surowicy i kamfory przy odczynie bardzo słabym.
35	Z.	2	2000	1	3	4	Sinica, zwężenie źrenic bez odczynu. Wstrzyknięcie surowicy i eteru kamforowego bez odczynu. Śmierć w 36 godzin po wstrzyknięciu.
36	Z.	$2\frac{1}{2}$	2000	1	5	5	In extremis, jednocześnie wstrzyknięto ol. kamf. bez odczynu. Exitus w 12 godzin po wstrzykn.
37	M.	$1\frac{1}{2}$	2000	1	4	5	Sinica, miosis; odczyn przy zastrzyknięciu słaby; toż samo po wstrzyknięciu olejku i eteru kamforowego. Exitus w 28 godzin po wstrzyknięciu.
38	Z.	$1\frac{1}{4}$	2000	1	5	6	Bardzo tłusta: sinica, zwężenie źrenic bez odczynu; gruczoły twarde i wielkie; zapalenie gardła rozległe. Przy wstrzyknięciu odczyn słaby; exitus w 40 godzin później.
39	M.	10	3000	2	6 r. i w.	7	Gruczoły bardzo silnie powiększone i stwardniałe; silne zapalenie gardła; laryngitis na czwarty dzień choroby. Odczyn przy wstrzyknięciu surowicy i olejku kamforowego bardzo słaby. Exitus w 35 godzin po wstrzyknięciu.
40	M.	14	2000	1	4	6	Inanitio, sinica, miosis; gruczoły niewielkie, zlekka stwardniałe; laryngitis od początku, potem objawy zstępujące. Przy wstrzyknięciu surowicy odczyn żywy. Exitus w 50 godzin później.
41	Z.	4	2000	1	0	6	In extremis; przy wstrzyknięciu surowicy i ol. kamfor. oraz eter. kamforat. bez odczynu. Exitus w 19 godzin po tem.
42	M.	$1\frac{1}{2}$	2000	1	5	7	Przedtem wysypka (morbilli?). Opjawy laryngospasmi. Oedema glottidis. Na konsylium próba intubacyi nieudatna. Przy wstrzyknięciu surowicy i ol. kamforow. odczyn słaby.
43	Z.	9	2000	1	3	6	Laryngitis po 8 dniach zapalenia gardła rzekomo wyleczonego, gruczoły podszczękowe duże i twarde; śpiączka, słabość ogólna, drgawki w twarzy; przy wstrzyknięciu surowicy odczyn żywy, kurczowy.
44	Z.	$4\frac{1}{2}$	4000	2	4 i 5	8	Na 12 dni przedtem wysypka krótkotrwała (scarl.?); potem angina, następnie laryngitis; objawy słabości ogólnej bardzo wielkiej; białkomocz $1^0/_{00}$ (Essbach). Exitus przy wzrastającym upadku sił.
45	Z.	$3\frac{1}{4}$	3000	1	3	6	Stan beznadziejny; zapalenie gardła bardzo rozległe; gruczoły bardzo twarde i duże; wstrzyknięcie surowicy bez odczynu; z powodu ubóstwa i odległości zamieszkania powtórnie nie zgłaszali się.
46	M.	8	3000	1	4	7	Stan groźny; angina i laryngitis od początku, stopniowo wzmagają się; po chwilowej poprawie pogorszenie się objawów krupowych. Gruczoły twarde i bardzo duże. Z powodu ubóstwa i odległości zamieszkania powtórnie nie zgłaszali się.

przechowywania, wysypki posurowicze są zależne wprost od ilości wstrzykniętej surowicy. Przypuszczalnie więc z biegiem czasu zjawianie się wysypek posurowiczych można będzie doprowadzić do minimum zależnie od coraz to wyższej

wartości siły surowicy w porównaniu z normalną. Innych poważniejszych objawów posurowiczych ze strony różnych narządów wewnętrznych nie miałem sposobności spostrzegać ani razu.

Również nigdy nie spostrzegałem objawów właściwej nadwrażliwości (Anaphylaxia — Ueberempfindlichkeit), ani u danego chorego w jednym okresie chorobowym, ani u danego osobnika, leczonego surowicą kilkakrotnie w przerwach kilkoletnich z powodu coraz to nowych zachorowań na błonicę gardła lub krtani. Przeglądając uważnie notatki kazuistyczne z całego okresu piętnastoletniego znalazłem wśród nich, 54 przypadków, w których surowicę wstrzykiwano w odstępach kilkoletnich po 2 i 3 razy, a nawet czterokrotnie, jeżeli wliczymy i wstrzykiwanie surowicy przeciwpłoniczej.

TABLICA II.

Dzień wstrzyknięcia	Ogólna ilość przypadków	Ilość przypadków śmiertelnych	% wyzdrowienia	% śmiertelności	Ilość przypadków krtaniowych	Ilość przypadków śmiertelnych	% wyzdrowienia	% śmiertelności
1	352	—	100	—	177	—	100	—
2	164	1	99·4	0·6	93	1	99	1
3	95	12	87·4	12·6	56	12	79	21
4	46	14	70	30	31	14	55	45
5	28	11	58	42	16	11	31	69
6	14	6	57	43	6	6	—	100
7	3	2	33	67	2	2	—	100
8	1	—	—	—	—	—	—	—

TABLICA III.

Lata	Ogólna liczba przypadków z wyłączeniem śmiertelnych			Liczba przypadków ze zastosowaniem surowicy w ilości 1000 jedn. ochr.			Liczba przypadków ze zastosowaniem surowicy powyżej 1000 jedn. ochr.			Dzień występowania wysypki po wstrzyknięciu			Trwanie wysypki w dniach				Rodzaj wysypki					
	Ogólna liczba przypadków	Liczba przypadków powikłanych wysypką	Dtto w %	Ogólna liczba przypadków	Liczba przypadków powikłanych wysypką	Dtto w %	Ogólna liczba przypadków	Liczba przypadków powikłanych wysypką	Dtto w %	Najwcześniej	Najczęściej	Najpóźniej	Najkrócej	Najdłużej	Najczęściej	Najrzadziej	Pokrzywka tylko	Pokrzywka tylko w %	Rumień (rash) tylko	Rumień (rash) tylko w %	Mieszana	Mieszana w %
1895—1902	435	169	39	257	10	4	178	159	89	3	8	16	1	5	2	5	112	66	39	23	18	11
1903—1906	125	59	47	64	2	3	61	57	97	2	8	16	1	5	2	5	40	68	10	17	9	15
1907—1908	64	35	55	7	—	—	57	35	61	3	8	15	1	4	2	4	16	46	11	32	8	22
1909	33	17	51	6	—	—	27	17	63	4	8	14	1	4	2	4	8	47	6	35	3	18
1903—1909	222	111	50	77	2	2·6	145	109	75	2	8	16	1	5	2	5	64	58	27	24	20	18
1895—1909	657	280	42	334	12	3·5	323	268	86	2	8	16	1	5	2	5	176	63	66	23	38	14

(C. d. n.)

O rozpoznawaniu i leczeniu zakażeń połogowych.

Podał

Dr Władysław Falgowski,

ginekolog w Poznaniu.

Nie zawiele może powiem, twierdząc, że o żadnej chorobie nie mówiono i nie pisano w ostatnim czasie tyle, jak o zakażeniach połogowych. A mimo to i dzisiaj jeszcze ani obraz patologiczny zakażeń połogowych, ani też sposób leczenia jest całkowicie wyświetlony. Nie mam zamiaru rozwodzić się tu obszernie o licznych teoryach, dotyczących zakażenia połogowego. Zmierzając do racyonalnego leczenia tej choroby trzeba zawsze w poszczególnych przypadkach mieć na względzie zmiany, jakie ta choroba w ustroju wywołuje. Środków leczniczych na zakażenie połogowe podawano ilość nader wielką, dowód najlepszy, że wszystkie razem wzięte, nie wiele są warte. Każdy z tych niezliczonych środków być może, że w kilku przypadkach pomógł i dlatego też niektórzy przypisują lekowi takiemu nietylko w teoryi, lecz i w pewnych praktycznych przypadkach podług własnych doświadczeń pewne bliżej określane i motywowane wyniki korzystne. Podziwiać trzeba niezaprzeczenie pilność i wytrwałość badaczy, którzy poświęcają swe siły i czas w celu wyświetlenia tych pod niejednym względem ciemnych jeszcze działów naszego lecznictwa. Ale niemniej podziwiać trzeba wytrwałość i pilność tych, którzy te liczne i w swych ostatecznych wynikach tak bardzo różniące się prace czytają i stosownie do tego, co czytają, następnie postępują.

Celem naszej wspólnej pracy i zabiegów, tyczących się zrozumienia i leczenia zachorzeń gorączkowych w połogu, powinno być to, aby w każdym poszczególnym przypadku szybko i pewnie rozpoznać pochodzenie i okres choroby, dalej, aby poznawszy właściwą cechę zachorzenia, chwycić się odnoszących się do tej lub owej cechy pewnych i wypróbowanych środków leczniczych. Zamiast jednak tego mamy obecnie w sprawie leczenia zakażenia połogowego istotny chaos. Jakże należy go sobie jednak tłómaczyć? Przypatrzmy się sprawie tej z blizka.

Uwagi o wartości statystyki.

Każdy, kto posiada większe doświadczenie w przypadkach zakażenia połogowego, wie dobrze, że choroba ta, biorąc klinicznie, okazuje bardzo różny przebieg. Pomiędzy niezliczonymi przypadkami tej choroby żaden drugiemu nie jest równy. Trzeba co prawda badać zakażenia połogowe przez szereg lat i to o ile możności w wielkich zakładach, aby następnie, czy to w lżejszych czy cięższych przypadkach, módz trafnie rozpoznać chorobę i jej rokowanie ocenić. Strzedz się należy błędu często popełnianego, aby pewnych środków i metod leczniczych, na mniej ob-

szernym materyale wypróbowanych, przedwcześnie nie polecać. Jeden i ten sam środek leczniczy, zawodzący najzupełniej w cięższych przypadkach, może pomódz w przypadkach średnio ciężkich lub łagodniejszych. W przypadkach zaś łagodnych wyzdrowienie mogłoby nastąpić i bez takiego środka leczniczego.

Z takiego punktu widzenia przedstawiają się wszelkie statystyki wyników leczenia zakażenia połogowego mniej wartościowo, niż zwykle przypuszczamy, nigdy bowiem nie wiemy, czy i o ile przypadki, wymienione w statystyce, były ciężkie lub lekkie. Aby osiągnąć statystykę dobrą i rzeczywiście dokładną i przedmiotową, trzebaby wszystkie przypadki zakażenia połogowego w większych miastach niejako zogniskować. Dalej należałoby odpowiednie przypadki przez dłuższy czas najpierw leczyć podług jednej, ustalonej i pewnej zasady, a powtórnie taką samą ilość podobnych przypadków mniej więcej przez równie długi czas leczyć odmiennym sposobem. Wtenczas to dopiero okazałoby się, o ile ten lub ów środek zasługuje na większe lub mniejsze uznanie i zastosowanie. Ale i to jeszcze nie wystarczyłoby właściwie, aby uzyskać statystykę dokładną i rzeczową. Nie mam tutaj naturalnie na myśli zabiegów operacyjnych, które w pewnych przypadkach są wskazane, — myślę raczej o wielkiej ilości różnych polecanych środków leczniczych, które często, nie mając nic innego do wyboru, stosujemy. Aby ich wartość poznać, trzebaby materyał, znajdujący się w wielkim jakimś zakładzie, naprzód rozdzielić na różne podgatunki i grupy. Przypuśćmy, że np. pomiędzy 60 przypadkami znajdować się będzie 10 przypadków bardzo ciężkich, 20 przypadków lżejszych, a 30 przypadków bardzo lekkich, które na pierwszy rzut oka co do rokowania przedstawiają się bardzo korzystnie. Gdybyśmy wtedy wszystkie te rozgatunkowane przypadki leczyli tymi samymi środkami leczniczymi, prawdopodobnie 10 ciężkich przypadków pomimo wszelkich usiłowań zakończyłyby się śmiertelnie. Z 20 niepewnych przypadków możeby się udało część większą lub mniejszą uratować, a z 30 lżejszych przypadków prawie wszystkieby wyzdrowiały. Zejście śmiertelne w zakażeniu połogowem zdaje się więcej zależeć od ciężkości przypadku, niż od sposobu jego leczenia. Brak centralnych stacyj leczniczych utrudnia niezmiernie ułożenie dobrej i rzeczowej statystyki w przypadkach nieoperowanych.

Również w przypadkach operacyjnych statystyka niejednokrotnie przyniosła raczej szkodę niż pożytek. Niekrytycznie używając statystyki, można wszystko napozór udowodnić. Chcąc np. wykazać pożyteczność podwiązania wielkich naczyń miednicy przy ropnicy połogowej, układa ktoś statystykę. Miał, dajmy na to, sześć przypadków ropnicy połogowej w ten sposób operowanych, a uzyskawszy może przypadkowo w trzech z tych przypadków wyleczenie, wysnuwa stąd wniosek, że połowę przypadków przez szczęśliwy zabieg chirurgiczny powiodło się uratować. Niema nic błędniejszego od takiego rozumowania. Przecież nikt nie miałby prawa twierdzić, że trzy rzekomo przez operacyę uratowane przypadki i bez zabiegu operacyjnego nie byłyby także uratowane. Z drugiej zaś strony mogłby ktoś powiedzieć, że bez zabiegu chirurgicznego może wszystkie sześć kobiet byłyby zostały przy życiu. Stąd wynika, że ze statystyk tego rodzaju wyczytać może każdy to, co mu się żywnie podoba. Nieprzychylny zabiegowi chirurgicznemu wyczyta to, co ten zabieg chirurgiczny mogłoby potępić i wysnuje wniosek, że tutaj trzy chore umarły wskutek rękoczynu chirurgicznego. Zwolennik zabiegu chirurgicznego rozumować będzie przeciwnie, że trzy przypadki wskutek rękoczynu zostały uratowane. I temu i owemu zdaje się, że ma słuszność i że rozumuje logicznie, choć tak wcale nie jest.

Jasną więc jest rzeczą, że statystyka nie doprowadzi nas do żadnych pewnych wyników, dopóki na podstawie pewnych danych, nie nauczymy się rozróżniać ściśle przypadków lekkich od średnich, cięższych od najcięższych. Takie rozróżnianie jest rzeczą wielkiej wprawy i rozległego doświadczenia. Przychodzą nam tutaj wprawdzie w pomoc przedmiotowe wyniki badań bakteryologicznych. Wiemy atoli, że nawet bakteryologiczne badanie krwi i poszukiwanie wskaźnika opsonicznego nie mogą rokowania poszczególnego przypadku dostatecznie rozświetlić. Jeżeli zaś rozróżnianie przypadków co do ciężkości wypływać może z zapatrywania podmiotowego, to również wszelkie statystyki będą miały wartość podmiotową i tem samem podrzędną.

Tak więc statystyki wprowadzały nas przez długie czasy na manowce co do poglądu na wartość najrozmatszych środków i metod leczniczych, stosowanych w zakażeniu połogowem. Jest rzeczą zupełnie obojętną, czy jednakowy materyał kliniczny leczymy tym lub owym środkiem leczniczym; w wyniku leczenia ma to małe znaczenie. Nadzieje, pokładane w różnych nowych przetworach chemicznych, próbowanych tu w celach leczniczych, pełzły na niczem. Tak więc, jeżeli gdzie, to tutaj stosować możemy zdanie Hipokratesa, że lekarz jest tylko w najlepszym razie »ὑπερήτης τῆς φύσεως«.

Lekarz powinien być obeznany z seroterapią, z teoryą opsonin i bakteryotropin i powinien starać się ile możności przyczynić do rozświetlenia punktów spornych, — ale, stojąc przy łożu zakażonej położnicy, musi sobie z góry powiedzieć, że rokowanie będzie o tyle korzystniejsze, o ile serce i siły chorej starczą. Biada tej chorej, której wyzdrowienie zależećby miało nie od naturalnych sił odpornych, lecz jedynie od naszych środków leczniczych.

Środki rozpoznawcze. Poszczególne rozpoznawanie i rokowanie.

Wszelka pomoc lecznicza liczyć się musi z tem, w których narządach lub tkankach materyał zakaźny już się nagromadził, w jaki sposób on się do ustroju dostał i jakiego rodzaju są mikroby, wywołujące zakażenie. Może najważniejszą rzeczą jest sprawdzenie jadowitości zarazków, któremi są najczęściej paciorkowce. Mogą się one do krwi dostać, jako mniej lub więcej jadowite, mogą posiadać własności hemolityczne lub też nie działać hemolitycznie. Cały obraz choroby, jej rokowanie, jak niemniej czynność lekarza są wprost zależne od rodzaju zarazków, które wtargnęły do ustroju i ewentualnie krążą we krwi. Nie wystarczy więc zbadać tylko odchody połogowe mikroskopowo i w hodowlach co do obecności paciorkowców; najważniejszą rzeczą będzie zbadanie krwi i przekonanie się, czy nie zawiera ona paciorkowców hemolitycznych. Fromme poleca tak zwaną próbę lecytynową, dozwalającą odróżniać paciorkowce jadowite od niejadowitych. Obecność lecytyny wstrzymuje rozwój tylko zarazków jadowitych.

Paciorkowce znajdują się w pochwie nietylko w przypadkach chorobowych ale i u zdrowych kobiet; co więcej, w pochwie znajdować się mogą nawet paciorkowce wybitnie jadowite, hemolityczne, mimo to jednak paciorkowce te nie zawsze wywołują zakażenie. Stąd twierdzenie, że liczyć się musimy nietylko z różnymi rodzajami paciorkowców, ale także z ich własnościami, w różnych warunkach odmiennemi. Że fakt ten w wysokim stopniu utrudnia rozpoznanie, łatwo zrozumieć.

Sprawa pochodzenia zarazków także jeszcze nie jest wystarczająco wyświetlona. Samozakażenie uważać trzeba za rzecz, choć nie niemożliwą, ale nie ze wszystkiem udowodnioną; wynika to już choćby z tego, że od czasu postępowania przeciwgnilnego ilość zakażeń połogowych znacznie się zmniejszyła.

Uwzględniając więc pochodzenie i szerzenie się zarazków, jakoteż ich rodzaj i jadowitość, a mając zawsze przed oczyma obraz kliniczny poszczególnego przypadku, rozróżnić możemy w ogólności trzy rodzaje zakażeń połogowych:

1) Przypadki, w których jadowite paciorkowce krążą

we krwi. Brak tutaj czasem wszelkich objawów miejscowych.

2) Przypadki, w których materyał zakaźny umiejscowił się w naczyniach w obrębie miednicy, wywołując sprawy zakrzepowe. Tutaj zarazki krążą we krwi nie bezustannie, lecz od czasu do czasu do niej się dostają wraz z rozmiękłymi skrzepami.

3) Przypadki zakażenia wnętrza macicy. Zarazki jadowite znajdują się tylko w pochwie i wewnątrz macicy, a krążące wtedy czasami we krwi mikroby są zwykle niejadowite.

Te trzy rodzaje zakażeń połogowych przedstawiają patologicznie zupełnie odrębne zachorzenia. Do pierwszego rodzaju należą przypadki zakażenia ogólnego. Miejscowo zdziałać tutaj nic niestety nie możemy, a ponieważ nie mamy odpowiedniej surowicy leczniczej, przeto leczenie ogólne polegać może tylko na zwiększaniu odporności ustroju chorej.

Przypadki drugiego rzędu są poniekąd przejściem z zachorzenia ogólnego do miejscowego. Usiłowano tutaj miejscowo sprawę leczyć przez podwiązanie żył miednicznych, o czem poniżej pomówimy.

Trzeci rodzaj zachorzeń połogowych obejmuje zakażenia tylko miejscowe. Po większej części wyleczyć je można ostrożnem usunięciem z macicy zakażonej treści przez wypłukanie i wyczyszczenie macicy. Pomaga to nawet wtedy, jeżeli zarazki już krążą we krwi. Uwzględniając obecność jadowitych zarazków w pochwie, zważać trzeba przy tem bacznie na to, aby nie uszkodzić tkanek; przez to bowiem mogłyby zarazki dostać się do dróg krwionośnych. Postępowanie więc jest tutaj czysto miejscowe.

(Dok. nast.).

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Lüdke. **O sporządzaniu i działaniu surowicy przeciwdurowej.** (Zjazd lekarzy niem. w Salzburgu 1909. Sekcya med. wewnętrznej). Autorowi udało się przez wytrawianie większych ilości bakteryi durowych zapomocą pepsyny i kwasu solnego otrzymać silny jad durowy, bardzo toksyczny dla świnek morskich i królików. Przez bardzo ostrożne wstrzykiwanie tego jadu kozom i małpom uzyskał L. surowicę o własnościach uodparniających. Jad ten przy gotowaniu nie tracił własności trujących, ani uodparniających. Doświadczenia na zwierzętach, przeprowadzone przy odpowiedniej kontroli, wykazały, że surowica kóz uodpornionych zdołała ochronić zwierzęta przed 8-krotną trującą dawką jadu. Doświadczenia u ludzi dały wyniki zachęcające, bo na 6 chorych u pięciu wystąpiły po wstrzyknięciu surowicy kóz uodpornionych objawy wybitnej poprawy, a mianowicie spadek ciepłoty, poprawa stanu ogólnego, ustanie śpiączki i znacznie rychlejszy powrót do zdrowia, niż w przypadkach kontrolnych, bez wstrzyknięcia surowicy. Dr Blassberg.

Euler. **Autoseroterapia gruźliczego zapalenia otrzewnej przez stałe osączanie pod skórę.** (Med. Klinik 1910, Nr 16). Autor, zachęcony wynikami podskórnego osączania wodogłowia i szczęśliwym wynikiem, uzyskanym po przedziurawieniu żebra, które to przedziurawienie służyło za sączek podskórny w wysięku opłucnym, postanowił spróbować podobnego zabiegu w nawracającej puchlinie brzusznej u gruźliczych, przez sztuczne wytworzenie małej przepukliny w linii środkowej brzucha. Sposobność nadarzyła się autorowi u chorej, liczącej lat 32, która zauważyła u siebie przed 5 tygodniami puchlinę brzucha. Przy laparotomii stwierdzono gruźlicze zapalenie otrzewnej. Ognisk serowatych nie znaleziono. Jamę otrzewną z płynu opróżniono. Po miesiącu musiano jednakże znowu nakłuwać brzuch i wypuszczono $2^1/_2$ litra płynu. Mimo najenergiczniejszych zabiegów leczniczych, puchlina brzuszna wróciła, tym razem z gorączką; dokonano jeszcze raz (w 9 tygodni po pierwszej) laparotomii w linii środkowej pod pępkiem (cięcie 12 ctm długie). Żadnego ogniska gruźliczego nie znaleziono. Po wypuszczeniu płynu przebito pod pępkiem mięsień prosty prawy na długości 2—3 ctm i stworzono w ten sposób stałą przetokę podskórną. W pierwszych kilku dniach po zabiegu parcie płynu, gromadzącego się pod skórą, wywoływało nieco bolu. Zresztą przebieg pomyślny; stan chorej poprawił się po 2 miesiącach, a puchlina nie wróciła. Chora zjawiła się drugi raz w $^3/_4$ roku po pierwszej laparotomii; kaszel i kłucie w bokach ustąpiły; w miejscu przebicia mięśnia prostego prawego niema przepukliny, puchliny brzusznej niema. Stahr.

Mandelbaum. **Nowy prosty sposób rozpoznawania duru brzusznego.** (Münch. med. Wochenschrift 1910, 25. I.). Do 100 gr zwykłego bulionu dodaje się 2 gr cytrynianu sodowego i potem rozlewa się go po 5 do 8 cm³ do probówek i wyjaławia. Bezpośrednio przed badaniem przeszczepia się do tych probówek hodowlę bulionową lub agarową dobrze ruchomych prątków durowych. Hodowla ta nie powinna być bardzo świeża, w każdym razie jednak powinna być po przeszczepieniu zdolna do dalszego rozwoju. Następnie wciągamy do włoskowatej rurki szklannej kroplę krwi badanego chorego, a później 10 do 15 razy większą objętość bulionu, zaszczepionego prątkami durowymi. Staramy się, żeby cały ten płyn, znajdujący się teraz w rurce włosowatej, znalazł się w środku i zatapiamy rurkę od dołu. Potrząsnąwszy energicznie cały płyn, zostawiamy go na 4 godziny w cieplarce w ciepłocie 37°, poczem możemy stwierdzić, że ciałka czerwone opadły na dno, a nad nimi znajduje się w rurce płyn jasny. Z tego jasnego płynu dobywamy kroplę pętlą platynową i kroplę wiszącą oglądamy pod mikroskopem. Jeśli badany ma dur, to prątki układają się w długie nitki lub łańcuch, a czasem w grudki, i tracą zupełnie ruchomość, w przeciwnym razie znajdujemy prątki odosobnione i ruchome.

Autor wypróbował swój sposób na 12 chorych durowych zawsze z wynikiem dodatnim. U niektórych z tych chorych, których surowica miała tylko względnie słabe własności aglutynacyjne, odczyn występował więcej lub mniej opieszale. Dalej badał M. tym sposobem krew 16 ludzi, którzy już dawniej (przed 1. do 50. lat) przechodzili dur i otrzymywał zawsze wynik dodatni, o ile chorzy nie przebywali duru wcześniej, niż przed jedenastu laty. M. podkreśla, że w tych przypadkach odczyn przedstawiał się nieco odmiennie, niż u osób, chorych na dur w czasie badania: co prawda, to i tu stwierdzał M. nitki, łańcuszki lub grudki nieruchomych prątków, ale obok nich i prątki oddzielne, ruchome. W ten sam sposób badał M. i »roznosicieli prątków durowych«, którzy dur nieraz i przed 5 laty przechodzili, ale z kałem prątki ciągle jeszcze wydzielali. Wynik dodatni był u wszystkich po 4 godzinach (prątki nieruchome, ułożone w grudki), a tylko po 8 godzinach bywał obraz podobny do tego, jaki stwierdzano u ludzi, którzy przeszli dur przed kilku, czy kilkunastu laty. Mielibyśmy zatem w metodzie tej łatwy i praktyczny sposób rozpoznawania »roznosicieli duru«. M. podjął swym sposobem badania takie na 75 osobach już to zdrowych, już to cierpiących na inne choroby (nie dur). Tutaj ani razu nie otrzymał wyniku dodatniego; zawsze prątki były oddzielne i ruchome. M. twierdzi, że nawet i tam miewał wyniki dodatnie, gdzie aglutynacya dawała wyniki niepewne, ze względu na słabe własności aglutynacyjne surowicy (1: 25 do 1: 80). Dalej twierdzi M., że sposób jego pozwala na oddzielenie od duru spraw paratyfusowych. Jeśli badamy krew chorego w początkowym okresie duru, to odczyn jest dodatni w rurce, zasianej prątkiem durowym, a ujemny w rurce, zasianej prątkiem paratyfusu; w okresie późniejszym, kiedy własność aglutynacyjna staje się silniej-

szą, odczyn zostaje oczywiście dodatnim w rurce z prątkiem durowym, a staje się słabo dodatnim (prątki ruchome obok pojedynczych nitek) w drugiej; jeśli surowica jest silnie aglutynującą, można po 4 godzinach stwierdzić wyraźnie dodatni odczyn w obu rurkach, ale już po 20 godzinach obraz się zmienia: w rurce z prątkiem durowym utrzymuje się w jednakowym stanie, w rurce z prątkiem paratyfusu staje się ujemnym. Stahr.

Loevy. **O objawach Basedowa przy nowotworach tarczycy.** (Zjazd lekarzy niemieckich w Salcburgu 1909. Sekcya med. wewn.). Autor opisuje 2 przypadki, w których przez długi czas istniał łagodny wól, bez żadnych przypadów, który jednak później przeszedł w złośliwy nowotwór z ogólnymi przerzutami, a wtedy dopiero wystąpiły typowe objawy Basedowa. Spostrzeżenia te przemawiają za zapatrywaniem, że złośliwe nowotwory w pewnych warunkach mogą tworzyć wydzieliny te same, co ich tkanka macierzysta, czego w przypadkach L. dowodziły objawy hypertyreoidyzmu, względnie dystyreoidyzmu. Dr Blassberg.

Goldschmidt. **W sprawie dychawicy.** (Zjazd lekarzy niemieck. w Salcburgu. 1909. Sekcya med. wewn.). Autor podnosi z naciskiem, że przy napadzie czystej dychawicy, wbrew twierdzeniu wielu autorów, występuje tylko bladość, a nie sinica, która to ostatnia dowodzi już powikłań ze strony serca lub przesunięcia jednego z oskrzeli. Nadto przy dychawicy niema wysokiej ciepłoty, a wręcz przeciwnie przy powikłaniu z wysoką ciepłotą dychawica ustępuje. Dr Blassberg.

Babiński i A. Barré. **Badania kiły rodzinnej przy pomocy odczynu Wassermanna.** (Soc. médic. des hôp. 20. V. 1910). Kiła rodzinna (małżeńska i dziedziczna) może być utajoną, a stwierdzić ją pozwalają nieraz dopiero przejawy schorzeń, zwanych parasyfilitycznemi. Na podstawie systematycznego, od dłuższego czasu już wykonywanego badania osób, żyjących w małżeństwie z chorymi dotkniętymi wiądem lub porażeniem postępującem, wykazali autorowie, że swoiste przewlekłe zapalenie opon mózgowych u tychże osób jest znacznie częstsze, niż dotąd przyjmowano. Autorowie zdołali również stwierdzić objawy wiądu rdzenia u kobiet, uważających się za zupełnie zdrowe i zapewniających, że nigdy nie chorowały na kiłę. Bez objawów wiądu nie wiedzianoby, że kobiety te były kiedykolwiek zakażone.

Zważywszy, że na ogół przewlekłe kiłowe zapalenie opon mózgowych jest chorobą rzadką w stosunku do częstości kiły, wolno przypuścić, że i przypadki małżeńskiego kiłowego zapalenia opon są wyjątkiem w stosunku do częstości przypadków kiły małżeńskiej. A skoro, rzecz biorąc bezwzględnie, przewlekłe swoiste małżeńskie zapalenie opon nie jest rzadkością, wolno przypuścić, że kiła małżeńska jest rzeczą dość częstą. Przypuszczenia te łatwo dzisiaj stwierdzić zapomocą odczynu Wassermanna.

W tym kierunku podjęte badania pozwoliły autorom przy pomocy odczynu Wassermanna stwierdzić kiłę w wielu razach u żon i dzieci chorych, dotkniętych już to wiądem, już to porażeniem postępującem. Żony te i dzieci nie miały zresztą klinicznie żadnych objawów kiły, a podejrzane były wyłącznie ze względu na węzły rodzinne. Z tego wynika, że jeśli w małżeństwie jedno z małżonków przyznaje się do przebycia kiły, lub okazuje ślady przebytej kiły, wtedy drugi małżonek i dzieci z tegoż małżeństwa powinny być zbadane sposobem Wassermanna. W przypadkach kiły rodzinnej byłoby również ciekawą rzeczą dowiedzieć się, jaki czas trwała już kiła u małżonka, który ją wnosił w rodzinę, w chwili zawarcia małżeństwa. Wywiady pewne powiodły się autorom w tym względzie tylko jeden raz. Badania na szerszą skalę, podjęte wedle wskazówek Bab. i Bar., dałyby wyniki doniosłe praktyczne, a szczególniej pozwoliłyby na ściślejsze, niż było to możliwe dotąd, oznaczenie okresu, poza który kiła nie może być przeniesiona na małżonkę i dzieci. Stahr.

Marfan. **Zakażenie krwi wiewiórowe z następowem zapaleniem wsierdzia i osierdzia.** (Soc. méd. des hôpitaux 27. V., 1910). Autor zdaje sprawę z przebiegu choroby 10-letniej dziewczynki, u której lekkie wiewiórowe zapalenie sromu i pochwy dało powód do kolejnego zapalenia otrzewnej, zapalenia zastawki dwudzielnej z prawie równoczesnem zajęciem osierdzia, a wreszcie do zapalnego nacieczenia opłucno-płucnego z wysiękiem opłucnym. Wszystkie te sprawy chora szczęśliwie przebyła, została tylko niedomykalność zastawki dwudzielnej i zrosty osierdziowe. Wiewiórowego pochodzenia sprawy dowodzi hodowla ze krwi, która wykazała dwoinki wiewiórowe. Co się tyczy leczenia, to wstrzykiwano 4 razy bez żadnego skutku szczepionkę przeciwwiewiórową. Również nic nie pomogły wstrzykiwania podskórne surowicy przeciwmeningokokowej, a drugie wstrzyknięcie wywołało znaczne podniesienie się ciepłoty (40° C) w 3 dni później i ból z obrzękiem na miejscu wstrzyknięcia. Objawy te ustąpiły po 48 godzinach same, co dowodzi ich surowiczego pochodzenia, a nie jakiegoś wikłającego zakażenia. Ciekawem jest w tem spostrzeżeniu, że sprawa usadowiła się na zastawce dwudzielnej, siedzibą wybiorczą zapalenia wsierdzia bywa bowiem tętnica główna. Autor zaznacza jeszcze, że w tym przypadku skórny odczyn tuberkulinowy był dodatni, a to bezwątpienia z powodu dawniejszych zmian gruźliczych, istniejących u tej chorej. Stahr.

Weidenbaum. **Leczenie fizyczne w medycynie wewnętrznej.** (Mediz. Klinik 1910, Nr 31). W. od lat 5 stosuje leczenie fizyczne w wielu przypadkach chorób wewnętrznych i jest z wyników bardzo zadowolony. Przy cierpieniach wątroby, obrzęku jej wskutek nieżytów, kamicy, i t. p. stosuje W. duże bańki wzdłuż podżebrza prawego, założone nadzwyczaj silnie przez $^1/_2$ do jednej godziny. Nieraz udaje się w ten sposób przerwać napad kolki. Podobnie działają bańki przy kamicy nerkowej. Bańki takie oddają także cenne usługi przy dychawicy, rozedmie płuc i t. p. Leczenie gorącem powietrzem na wielką skalę stosuje W. przy nerwobolach, cukrzycy i jej powikłaniach, n. p. zgorzeli, przy mocznicy i t. p.

Przed zamierzoną operacyą z powodu zgorzeli cukrzyczej należy podług W. bezwarunkowo próbować leczenia gorącem powietrzem, albowiem przytem nieraz spostrzegano już poprawę i wyleczenia, lub znacznie niższą demarkacyę, przez co i amputacyę można było wykonać niżej. K.

Pedyatrya.

C. Levaditi. **Zarazek porażenia rdzeniowego u dzieci** (poliomyelitis acuta). (Presse méd. 1910, Nr 41). Na podstawie długotrwałych doświadczeń dochodzi L. do następujących wniosków: Pomiędzy porażeniem rdzeniowem, a wścieklizną istnieje wielkie podobieństwo: Oba zarazki, porażenia rdzeniowego i wścieklizny, są zarazkami przesączalnymi, posuwają się w ustroju wzdłuż pni nerwowych, wydzielają się ze śliną i wywołują podobne zmiany w ośrodkach nerwowych. Różnią się zaś tem, że zarazek porażenia nie jest chorobotwórczym dla psa i bardzo słabo chorobotwórczym dla królika. Drugi wniosek, głównie praktyczny, odnosi się do sposobu szerzenia się choroby i do zapobiegania. Jest rzeczą bardzo prawdopodobną, że zarazek może się przenosić za pośrednictwem śliny i wydzieliny nosa. Ponieważ wysuszanie nie niszczy żywotności zarazka, jest rzeczą jasną, że nawet zaschłe wydzieliny mogą być zakaźne i przenosić zakażenie nietylko wprost, ale i pośrednio. Poszukiwania epidemiologiczne potwierdziły zresztą ten drugi sposób przenoszenia się choroby (Wickmann). Doświadczenia dotychczasowe nie wyjaśniły jeszcze ostatecznie, jakiemi drogami naturalnemi może zarazek dostawać się do ustroju. Wszystko przemawia za tem, że zarazek wnika przez błonę śluzową nosa i drogą przewodu pokarmowego. Jednakże należy jeszcze rozstrzygnąć, czy poprzednie obrażenia tych błon śluzowych nie ułatwiają wniknięcia zarazka, i czy zapalenia migdałków i jelit, opi

sywane przez klinicystów, jako objawy zwiastunowe tej choroby, nie są tylko warunkami, ułatwiającymi zakażenie. Jakkolwiek rzecz się ma, ochrona powinna polegać na jak najsilniejszem odkażaniu błon śluzowych nosa i gardła środkami, mającymi własność szybkiego niszczenia zarazka. Dalsze badania okażą, które [1]) z pośród środków odkażających najlepiej się do tego nadadzą. Stahr.

S. Ostrowski. **Współczesny stan nauki o niedokrewności niemowlęcej z obrzmieniem śledziony.** (Przegląd pedyatryczny 1910, Zeszyt II). (Anaemia splenica infantum). Omówiwszy ważniejsze prace nad niedokrwistością niemowlęcą przechodzi autor do własnych badań, przeprowadzonych na 10 chorych, których wyniki zestawia w tablicach. Opisywane przypadki dotyczyły dzieci w wieku $1^1/_{12}$ do $2^7/_{12}$ lat, dotkniętych przeważnie nieżytem przewodu pokarmowego; nie da się jednak wyłączyć możliwość powstania omawianej sprawy samoistnie, bez dających się wykazać poprzedzających czynników szkodliwych. Obraz chorobowy rozwija się między 6-tym miesiącem, a ukończonym 2-gim rokiem życia, bez różnicy płci, a cechuje się bladością skóry z odcieniem oliwkowym i powiększeniem śledziony, bez wyraźniejszych zmian w wątrobie i gruczołach chłonnych. Mikroskopowo stwierdza się: oligocytemię, oligochromemię, anizo-poikilocytozę, limfocytozę, obecność myelocytów i erytroblastów. Z narządów wewnętrznych śledziona okazuje zanik ciałek Malpighiego i rozrost tkanki łącznej, wątroba zaś zaokrąglenie komórek gruczołowych. Rokowanie wątpliwe; leczenie polega na stosowaniu Fe, As i promieni X. Bujak.

L. Bondy. **Próba tuberkulinowa śródskórna** (Mantoux), **stosowana w celach rozpoznawczych gruźlicy.** (Przegl. ped. 1910. II). Próba ta polega na wstrzyknięciu tuberkuliny w ilości 0,01 mgr w sam miąższ skóry właściwej, czego następstwem jest wytworzenie się odczynu zapalnego (zaczerwienienie, naciek) u osobników gruźliczych. Na podstawie badań innych autorów i własnych dochodzi B. do wniosku, iż próba śródskórna przewyższa czułością próbę naskórną Pirqueta, zwłaszcza u dorosłych; dalszą jej zaletą jest ścisłość dawkowania, której brak próbom Pirqueta, Calmettea i Moro; wreszcie próba śródskórna wymaga wstrzyknięcia małej ilości tuberkuliny, przez co unika się szkodliwych następstw, zdarzających się przy próbie Bergmanna. Bujak.

Rozenblatówna. **Przyczynek kliniczny do kazuistyki zboczenia wzrostu chrząstek.** (Chondrodystrophia foetalis. Mikromelia). (Przegl. ped. 1910. II). Wspomniane zboczenie spostrzegała autorka u 22-miesięcznej dziewczynki, nieobarczonej dziedzicznie. Dołączone zdjęcia fotograficzne i rentgenogramy okazują wszystkie cechy klasyczne zboczenia wzrostu chrząstek: skrócenie kończyn, przerost mięśni pośladków i ud, pofałdowanie skóry w okolicy stawów, skrzywienie ku przodowi kręgosłupa lędźwiowego i niestosunkowo wielką czaszkę; prócz tego istniała w danym przypadku charakterystyczna pewna sztywność stawu łokciowego, a nadmierna giętkość innych. Zwykłych w tych przypadkach zmian w stawie biodrowym, autorka nie stwierdziła. Pracę dopełnia zestawienie wyników badań nad etyologią, anatomią patologiczną, rentgenologią i próbami leczenia przetworami tarczycy. Bujak.

Neurologia i psychiatrya.

E. Amerand. **Swoiste leczenie ogólnego porażenia postępującego i wiądu rdzenia; czy należy leczyć takich chorych.** (Thèse de Paris, 1910). N. Angeli. **W sprawie energicznego leczenia rtęcią; jego wyniki w toku porażenia postępującego.** (Thèse de Paris, 1910).

Obaj autorowie dochodzą do takich samych wniosków. Amerand donosi o 16 chorych na porażenie postępujące, których nie leczono rtęcią, i 7, poddanych silnemu działaniu rtęci. Z soli rtęciowych stosowano będźwinian, dwujodek i sublimat. U dwóch chorych stosowano olej szary. Jeśli porównać obie grupy chorych, to łatwo da się stwierdzić, że leczenie nie miało żadnego widocznego wpływu ani na bieg choroby, ani na czas zjawiania się różnych objawów chorobowych, ani nawet na czas zejścia śmiertelnego. Pomiędzy chorymi, których nie poddano żadnemu leczeniu, u jednego stwierdzono zwolnienie sprawy chorobowej, trwające 4 miesiące, u drugiego małą poprawę, a przeciwnie u niektórych leczonych wśród zabiegów lekarskich sprawa się pogarszała. Wreszcie u 3 chorych na wiąd rdzenia, leczonych silnemi wstrzykiwaniami dwujodku rtęci, nie zauważono żadnej poprawy. Angeli leczył 17 paralityków rtęcią i również nie widział żadnego polepszenia. Z tegoby zatem wynikało, że jest rzeczą nieużyteczną poddawać zarówno chorych na wiąd, jak i chorych na porażenie postępujące swoistemu leczeniu rtęcią. Nietylko nie można spodziewać się żadnego skutku tego leczenia, ale w wielu przypadkach można na karb tegoż leczenia położyć pogorszenie sprawy chorobowej. Stahr.

Flörcken. **Przyczynek do leczenia przełomów wiądowych zapomocą wycinania tylnych korzeni.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 27). Zwykle wycinano dotąd korzenie tylne (zabieg Förstera-Küttnera) z powodu bolów wiądowych okolicy żołądka. F. podaje przypadek, w którym Enderlen dokonał pomyślnie wycięcia 5—9. korzenia z powodu silnych bolów klatki piersiowej u 49-letniego chorego na wiąd. Jeszcze przed Försterem, w r. 1888, polecano już podobną operacyę, jak o tem donosi Dennet, Abbe i t. p. Czy wyniki będą trwałe, nie można jeszcze obecnie ocenić. F. poleca operować jednoczasowo. K.

Prof. Codivilla. **O operacyi Förstera.** (Münch. med. Wochs. 1910, Nr 27). Operacya Förstera polega na wycięciu (resectio) tylnych korzeni rdzenia przy porażeniu kurczowem. Przypadki, przedstawione przez Förstera na Zjeździe niem. Towarzystwa ortopedycznego, nie dały jasnego obrazu skuteczności tego sposobu leczenia, albowiem prócz właściwej operacyi stosowano tam i inne sposoby i zabiegi, jak przeszczepiania i t. p. Natomiast C. w jednym przypadku u 15-letniej dziewczyny zastosował tylko operacyę Förstera, wycinając po jednej stronie 3, a po drugiej 2 korzenie i na podstawie tego przypadku dochodzi do przekonania, że zabieg Förstera nie daje wcale lepszych wyników, niż operacye obwodowe, nie daje się zaś dokładnie w wynikach obliczyć, a nieraz może zagrażać życiu. Po wycięciu korzeni zjawiają się nieraz zaniki mięśni, dlatego też zabieg ten stosowaćby można jedynie u osób z silnie rozwiniętymi mięśniami, co znów rzadko się zdarza. W każdym zaś razie lepiej jest, zdaniem C., wycinać korzenie w części wyższej, a nie przy końskim ogonie rdzenia, albowiem wyżej zabieg jest łatwiejszy, mniej uszkadza się kości i łatwiej odróżnić włókna ruchowe od czuciowych. K.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 28. czerwca 1910 r.

Komitet konkursowy imienia Koczorowskiego przyznał nagrodę Fr. Barachowi (z zakładu Prof. Obrzuta we Lwowie) za pracę p. t. »O włóknach Dürcka«. Komitet konkursowy imienia Wszebora przyznał nagrodę R. Hertzowi za pracę p. t.: »O wywoływanem doświadczalnie szpikowem przeistoczeniu śledziony«.

Tadeusz Kon wygłosił rzecz: **O zarazku krztuśca.** Omówiwszy, co rozumiano do dnia dzisiejszego pod zarazkiem krztuśca, opisuje prelegent własności laseczników

[1]) Levaditi i Landsteiner czynili próby z olejem mentolowym i mieszaniną kw. borowego i salolu i mieli zadowalniające wyniki. (C. R. de la Soc. de biologie Nr. 9, 1910).

krztuśca, wykrytych przez Bordeta i Gengou. W plwocinie dzieci, chorych na krztusiec, we wszystkich bez wyjątku przypadkach znajdował prelegent laseczniki krztuścowe, wyhodować ich jednak nie udało się ze względu na to, że nie można było plwociny otrzymać we wczesnych okresach choroby. Nadto znajdował prelegent inne rodzaje drobnoustrojów wtórnych, niekiedy tak obficie, że sprawiały wrażenie czystej hodowli. Dotyczyło to głównie paciorkowców. Drobnoustroje te nie pozostają bez wpływu na przebieg choroby i kto wie, czy nie przyczyniają się w znacznym stopniu do tego, że okres zanoszenia się jest tak długotrwały i tak uporczywy. Badania aglutynacyjne robił prelegent w okresie zdrowienia i w końcowych okresach choroby i otrzymywał bardzo wyraźną aglutynacyę aż do rozcieńczeń pośrednich między 1 : 100, a 1 : 250.

Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sekcya neurologiczno-psychiatryczna.

Posiedzenie z d. 13. lipca 1909 r.

(Sala szpitala małż. Poznańskich).

(Dokończenie).

4. Kol. Klozenberg przedstawia przypadek **rozsianego zapalenia nerwów** (polyneuritis) z udziałem VII.

Chora przed 8 tygodniami zapadła na cierpienie przewodu pokarmowego: przez 2 tygodnie wymiotowała, poczem miała rozwolnienie. W trzecim tygodniu choroby zaczęła doznawać mrowienia i bolów w kończynach, czuła również w nich osłabienie. Przed 3 tygodniami nastąpiło przekrzywienie lewej połowy twarzy, z powodu którego zwróciła się do ambulatoryum szpitalnego.

Chora skarży się na bole i osłabienie w kończynach i pocenie się rąk. Chodzi zaledwie podtrzymywana z obu stron. Chód ma charakter stąpania końskiego (steep-page) z odcieniem bezładowym (ataktycznym), zginacze w kończynach dolnych lepiej zachowały siłę, aniżeli mięśnie prostujące: wyprostowanie palców zupełnie niemożliwe. W bliższych tułowia częściach kończyny ruchy znacznie lepsze, aniżeli w obwodowych, przyczem najbardziej i najrozleglej dotknięte jest czucie dotykowe, nieco mniej czucie bolu, a najmniej czucie ciepła. Oddziaływanie elektryczne mięśni kończyn na ogół zachowane, aczkolwiek pobudliwość jest znacznie osłabiona. Wyjątek stanowią m. extensor commun. longus i brevis i fl. hallucis longus na kończynie dolnej prawej, gdzie EaR. Porażenie nerwu twarzowego zwykłego typu; oddziaływanie z nerwu i mięśnia zachowane; pobudliwość obniżona. (Streszczenie własne).

Dyskusya: Kol. Pański podkreśla udział w chorobie nerwu twarzowego, który się niezmiernie rzadko zdarza przy rozsianem zapaleniu nerwów, a dalej fakt, że pobudliwość elektryczna w stosunku do zmian, jakie znajdujemy u chorej, jest znaczna: gdyby z niej sądzić, możnaby przypuszczać, że jest to przypadek lekki.

5. W. Chodźko. **Przypadek psychozy pourazowej u alkoholika z objawami porażenia postępującego** (Pseudo-paralysis progressiva traumatica). Chory Ł. K., lat 37, stróż kolejowy, przybył do szpitala »Kochanówka« pod Łodzią 16. XII. 1908 roku. W wywiadach zanotowano, że chory w ciągu 2 lat ostatnich ulegał trzykrotnie urazowi głowy, jednakże bez utraty przytomności; od czasu drugiego urazu chory skarżył się na bole głowy, od czasu trzeciego urazu twierdził, że źle widzi i że widzi podwójnie. Umiarkowany alkoholizm; chory upijał się podobno raz — dwa razy na miesiąc; o kile nic pewnego nie wiadomo.

Wkrótce po trzecim urazie, który zdarzył się na rok przed przybyciem do szpitala, chory stracił pamięć, zapominał o robocie, jąkał się, narzekał na bole w krzyżu, rękach i w tułowiu. Bole te po 2-miesięcznym pobycie w szpitalu ustąpiły, pozostało jednak osłabienie pamięci i jąkanie się. We wrześniu 1908 r. został chory wydalony z posady z powodu niezdolności do pracy. W ostatnich dniach przed przybyciem do szpitala był podniecony, biegał po mieszkaniu, zbierał rzeczy i wyrzucał je przez okno, mówiąc, że złodzieje mają je ukraść, modlił się ciągle, całował obrazy. Sen i apetyt był niedostateczny.

Badanie przedmiotowe: Chory wzrostu nizkiego, budowa i odżywienie liche, kolor skóry blado-szary, błony śluzowe blade. Tony serca głuche, akcent nad aortą, tętno 54 na minutę, twarde; granice płuc dolne — obniżone. Źrenice jednakowej szerokości, o zarysach nieprawidłowych, na światło oddziaływają z opóźnieniem. W mowie chory zacina się; zaburzenia mowy mają charakter nieokreślony, pośredni między jąkaniem i typową dysartryą. Prawa kończyna górna cokolwiek słabsza od lewej. Odruchy na kończynach górnych z obu stron silnie wzmożone. Odruchy kolanowe bardzo silnie wzmożone z drganiem padaczkowatem rzepki. Odruchy brzuszne z obu stron żywe. Odruchy podeszwowe: z prawej strony prawidłowy, z lewej — niewyraźny; odruchy ścięgien Achillesa z obu stron żywe. Świadomość chorego przyćmiona, chory nie oryentuje się zupełnie co do miejsca, czasu i otoczenia. Odpowiada prawidłowo tylko na zapytanie co do własnego nazwiska i imienia, poza tem odpowiada zupełnie bez związku z pytaniem; ruchowo podniecony, często schodzi z łóżka, ściąga sąsiadom kołdry, niszczy poduszki, kieruje się do drzwi, jakby miał zamiar wyjść dokądkolwiek.

Przebieg choroby: 23. XII. 1908. Świadomość przyćmiona, niepokój — chory ciągle gdzieś się wybiera, mówi coś niezrozumiałego. 5. III. 1909. Swiadomość przyćmiona, podniecenie ruchowe trwa, chory mówi urywanemi zdaniami, — znacznie wychudł i osłabł. 1. IV. 1909 podniecony, nie chce leżeć w łóżku, wyrzuca kołdrę, zanieczyszcza się. Apetyt żarłoczny. 4. IV. 1909. Źrenice nierówne, lewa szersze od prawej, zarysy nieprawidłowe, oddziaływanie na światło b. leniwe. Wybitne drżenie rąk i języka. Odruchy ścięgniste wszystkie wzmożone, jedynie odruch prawego ścięgna Achillesowego jest b. słaby. Objaw Romberga. Badanie psychiczne: Czem się pan zajmuje? »Ja tu cały świat obrałem, 16 lat«. Ile pan ma lat? »Ja miałem 15 lat«. Gdzie pan mieszka? »No, ja tutaj mam robić«. Który rok teraz mamy? »Tam mamy zapisane wszystko; cały świat. Jeden drugiego ratował«. Jak dawno pan tu jest? »Tutaj opierały się ruskie, przyznawali, że katolicki; tutaj szyby wybija« (kto?) »a ten; musi oddać tysiące rubli, wszystko mam zapisane; jako trup był, to musiałem po trupa iść«... i t. d. Czy pan chory?« A no niezdrowy jestem, bo tutaj siedzę; chłopiec umarł, ale się może ożywi«. O ile można sądzić, chory miewa złudzenia i omamy wzrokowe i słuchowe.

15. IV. 1909. Chory b. podniecony ruchowo. Silne krwawienie z odbytnicy (prolapsus ani). 11. V. 1909. Swiadomość przyćmiona; chaotyczne bredzenia wielkości o ubogiej treści; podniecenie ruchowe mniejsze, częste zanieczyszczanie się moczem i kałem. 18. V. 1909. Chory, dotąd bardzo żarłoczny, nagle przestał jeść, nakrywa się kołdrą na głowę. Tętno 57 na minutę, odruchy kolanowe wzmożone. W czasie badania zjawiły się drgawki kloniczne mięśni twarzy, przeważnie w prawej połowie, trwające kilkanaście sekund — następnie skręcenie głowy i gałek ocznych na prawo. Wykonano nakłucie lędźwiowe: płyn mózgowo-rdzeniowy zupełnie przeźroczysty, ilość limfocytów w 1 $mm^3 = 29$, białka ilość średnia. — 19. V. 1909. Chory więcej ożywiony, tętno 76—80 na minutę; apetyt powrócił. — 2. VI. 1909. W górnych kończynach wystąpiły objawy flexibilit. cerea. — 3. VI. 1909. Flexibilitas cerea kończyn górnych znikła. — 17. VI. 1909. C. wieczorna = 37,3° 6. VII. 1909. Chory gorączkuje prawie ciągle, ciepłota wieczorna dochodzi do

39°; silny obrzęk moszny i prącia. Podniecenie ruchowe ustało. Z odbytnicy wyszły cząstki tasiemca. 9. VII. 1909. Phlegmone scroti et penis. Incisio. 11. VII. 1909. Chory zmarł przy objawach ogólnego osłabienia. Rozpoznanie kliniczne: Paralysis progressiva.

Sekcya zwłok, dokonana 12. VII. 1909, wykazała: Mózg wagi 1026 gramów. Pod oponą twardą znaczna ilość płynu barwy ciemno-bursztynowej, w okolicy obu płatów czołowych opona twarda tworzy dwa duże worki, wypełnione płynem barwy bursztynowej, po prawej stronie worek jest większy, niż po lewej. Na wewnętrznej powierzchni opony twardej w miejscach, pokrywających wyniosłości obu półkul, widać grube błony, pokryte i wypełnione krwią, rozmaicie zabarwioną, miejscami zaś skrzepami, wielkości prosa albo grochu. W okolicy bieguna czołowego lewego zauważyć można delikatne zrosty opony twardej z oponą miękką. Najgłębsze warstwy nalotów na oponach twardych mają barwę cytrynowo-żółtą po stronie prawej, zaś szaro-żółtą po stronie lewej. Naloty, pokrywające powierzchnię wewnętrzną opony twardej na półkuli lewej, są znacznie grubsze i zawierają znaczną ilość ropy. Opona miękka na całej przestrzeni obu półkul jest przeźroczysta, nie zgrubiała, schodzi łatwo, zrostów z istotą korową nie okazuje. Prawy płat czołowy ma na bocznej swej powierzchni zagłębienie i jest wyraźnie mniejszy od płata czołowego lewego. W okolicy zakrętów centralnych półkuli lewej, mniej więcej pośrodku ich długości, ku tyłowi od tychże zakrętów, istota korowa okazuje wypuklenie pagórkowate, na którego szczycie daje się zauważyć twór kulisty, białawy, wielkości maku, twardy (torbiel!); takież wypuklenie znajdujemy w okolicy półkuli lewej pomiędzy zakrętem czołowym drugim, a zakrętami centralnymi. Komory mózgowe nie-są rozszerzone. Miażdżyca aorty. Rozpoznanie anatomiczne: Pachymeningitis haemorrhagica interna duplex. Atheroma aortae.

Wobec takiego wyniku badania pośmiertnego pierwotne rozpoznanie kliniczne, które wydawało się zupełnie uzasadnione przez wyniki badania przedmiotowego i spostrzegania klinicznego, musi uledz znacznej zmianie. Objawy kliniczne, najbliższe porażeniu postępującemu, wobec braku wszelkich zmian makroskopowych, w oponach miękkich i korze, mogą być objęte mianem psychozy pourazowej, która powstała u alkoholika na tle krwotocznego zapalenia opony twardej, wywołanego przez liczne urazy głowy. Ponieważ jednak z jednej strony nazwa »psychoza pourazowa« nie może określić ściślej danego przypadku chorobowego, a obejmuje zwykle zupełnie odmienny zbiór objawów klinicznych, z drugiej zaś strony objawy kliniczne u chorego tego nie różniły się niczem (oprócz chyba zaburzeń mowy) od zwykłego porażenia postępującego, sądzę, że opisany przypadek choroby najstosowniej byłoby określić nazwą: »pseudo-paralysis progressiva traumatica«. Alkoholizm (zresztą niezbyt wybitny) chorego mógłby nam tłómaczyć usadowienie się sprawy chorobowej przedewszystkiem w oponie twardej. (Streszczenie własne).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Sprawy sanitarne w Sejmie. (c. d.). W komisyi sanitarnej przydzielono do referatu: sprawozdanie Departamentu sanitarnego pos. Prof. Marsowi, budowę zakładu dla obłąkanych w Kobierzynie pos. Saremu, przyznanie prawa publiczności szpitalowi w Nowym Targu pos. Dr Bednarskiemu. Członkiem komisyi w miejsce Rektora Prof. Łazarskiego został p. Ciuchciński. — W komisyi poruszono sprawę sanacyi zakładu zdrojowego w Krynicy. Zabierali głos posłowie: Gołuchowski, Mars, Bednarski, Wład. Czaykowski, Federowicz. Na wniosek pos. Federowicza uchwalono odbyć osobne w tej sprawie posiedzenie przy udziale referentów Wydziału krajowego i Namiestnictwa. Posiedzenie to odbyło się 4. X. Wydział krajowy reprezentował Dr Bernadzikowski, a rząd radca Grodzicki, który udzielił szczegółowych wyjaśnień w sprawie budowy nowych łazienek borowinowych i nowego zakładu hydropatycznego, w sprawie powiększenia wodociągów wody słodkiej, ujęcia źródeł mineralnych i w sprawie regulacyi Kryniczanki. Po sprawozdaniu reprezentanta rządu doszła komisya do przekonania, że roboty inwestycyjne, o ile dotyczą budowy nowych łazienek borowinowych i zakładu hydropatycznego, powiększenia wodociągu i ujęcia źródeł mineralnych, są w pełnym toku, — dalej, że wypracowane zostały szczegółowe plany i kosztorysy, a fundusz w kwocie około 1 miliona, przeznaczony na te budowy, jest zabezpieczony. Głównym przedmiotem obrad była dyskusya w sprawie kanalizacyi Krynicy. Komisya wyraziła zapatrywanie, że wszystkie inwestycye muszą iść w parze z kanalizacyą, jeżeli cel ich niema być chybiony. Komisya ma odbyć w sprawie Krynicy jeszcze jedno posiedzenie, na którem poweźmie konkretne wnioski i przedłoży je Sejmowi w obecnej sesyi. — »Nowa Reforma« (4. X. 1910) donosi, że wpłynęła do Sejmu i została przekazana komisyi sanitarnej »skarga lekarzy poznańskich na zdrojowiska galicyjskie«, dotycząca wszystkich zdrojowisk z Krynicą na czele, a wytykająca »ich rażące niedostatki na punkcie zdrowotnym, kolidujące z ustawowemi wymaganiami higieny i policyi sanitarnej« i podająca, »iż chorzy wysyłani przez lekarzy tamtejszych wrócili do domów nietylko bez poprawy zdrowia, lecz nawet z nowonabytemi w zdrojowiskach galicyjskich chorobami, czy to zakaźnemi, jak czerwonka, szkarlatyna, dyfterya i tyfus, czy to nabytemi drogą złych urządzeń kąpielowych, jak braku pieców w łazienkach i t. p.«. Równobrzmiącą petycyę wnieśli, jak podaje »Nowa Reforma«, lekarze z Królestwa Polskiego na ręce posła Tertila. »W ten sposób«, dodaje »Reforma«, »wystąpiła do Sejmu opinia całego polskiego świata lekarskiego, złączona z opinią ogółu, z głośnem wołaniem o zaradzenie złemu pod grozą zwracania w przyszłości chorych do zdrojowisk pozagalicyjskich, zaopatrzonych w wodociągi i kanalizacyę, wolnych zatem od chorób zakaźnych, choćby o wodach mniej skutecznych, niż galicyjskie«.

Sprawozdanie Departamentu sanitarnego Wydziału kraj., streszczone w poprzednim numerze »Przeglądu«, będzie przedmiotem rozpraw i opinii sejmowej komisyi sanitarnej; skoro tylko sprawozdanie tej komisyi dostanie się pod obrady Sejmu, nie omieszkamy podać go w streszczeniu wraz z nasuwającemi się uwagami. Zanim to jednak nastąpi, należy podnieść ze sprawozdania Departamentu V. Wydziału kraj. znamienniejsze szczegóły. Wymieniamy je w tejsamej kolei, jak idą w sprawozdaniu, odznaczającem się taksamo, jak sprawozdanie zeszłoroczne, przejrzystym układem i dążnością do ujęcia spraw w pewną systematyczną całość, co należy z uznaniem zaznaczyć.

Przedewszystkiem zasługuje na uwagę wzrost kosztów jednego dnia leczenia, który wprawdzie z roku 1902 na 1903 podniósł się cokolwiek (z 1·35 na 1·47 kor.), potem jednak utrzymywał się prawie na jednym poziomie i wynosił w r. 1906 1·52 k.; natomiast w r. 1910 dochodzi już 1·80 k. Ze stanowiska podnoszonych przez nas dawniej*) postulatów byłby to objaw pożądany, o ileby ten wzrost kosztu jednego dnia leczenia zależał od poprawy warunków pobytu chorych w szpitalu, a więc przedewszystkiem od poprawy pożywienia; jednakże właśnie co do kosztów samego żywienia brak w sprawozdaniu danych porównawczych, a byłyby bardzo pożądane. Przy porównaniach zaś trzebaby uwzględniać szybki postęp drożyzny w Galicyi, zważywszy, że wobec tego wzrost kosztu żywienia może wcale nie oznaczać istotnej poprawy żywienia. Trzebaby także porównać ten koszt w Galicyi z kosztem żywienia chorych szpitalnych w innych krajach. To, co z tabeli, zamieszczonej w sprawozdaniu, a sięgającej tylko do r. 1906, wyczytać można o ogólnych kosztach leczenia, nie świadczy na korzyść naszych stosunków. Pomijając Austryę dolną, w innych krajach, wziętych do porównania, waha się koszt dnia leczenia w pięcioleciu 1902—1906 około 2 kor., w Galicyi około $1^1/_2$ korony.

Nasuwa się tu uwaga, że żywienie chorych w naszych szpitalach jest wprawdzie oparte na pewnych »normach«, wydanych swego czasu przez Wydział krajowy niewątpliwie z udziałem Departamentu sanitarnego, — że wszelako żywienie to nie było w nowszych czasach u nas właściwie naukowo opracowane. Pod tym względem pozostajemy w tyle za Warszawą, gdzie w ostatnich latach zajmował się tą sprawą Dr Landau, a potem

*) »W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego«. Przegl. lek. 1907.

gruntowne badania ogłosił Dr Kazimierz Rzętkowski. Gdyby można być pewnym, że norma żywienia w naszych szpitalach nie wymaga rewizyi, wówczas i żądanie ściśle naukowego zbadania tej sprawy nie byłoby zapewne na miejscu. Wszelako wobec zarzutów, czynionych obecnej normie żywienia w szpitalach galicyjskich, byłyby takie badania niezmiernie na czasie. Jestto wdzięczne zadanie dla naszych lekarzy szpitalnych, w szczególności dla tworzących się tu i owdzie przy szpitalach pracowni; możnaby z niemałą dla naszego szpitalnictwa korzyścią użyć części zasiłków, przyznawanych naszym lekarzom szpitalnym na »studya zagraniczne«, właśnie na poparcie tego rodzaju poszukiwań. Nie należy wątpić, że do badań tych znaleźliby się kandydaci i chętni i odpowiednio ukwalifikowani, byleby mogli liczyć na materyalną pomoc w swej pracy i na to, że wyniki ich badań, ogłoszone w któremś z czasopism lekarskich, wpłyną na pogłębienie traktowania tej sprawy przez kolegów i na ewentualną poprawę stosunków.

Drugim punktem, zasługującym na podniesienie, jest zwiększanie się liczby łóżek szpitalnych w kraju, idące w latach ostatnich nieco szybszem tempem. Wprawdzie co do liczby łóżek w stosunku do ludności znajduje się Galicya na najgorszem miejscu w szeregu krajów austryackich jeszcze i w roku 1906 (1:1205), ale sądząc z liczby szpitali otwartych i rozszerzonych między r. 1906 a 1910, niedaleką jest chwila, gdy zapotrzebowanie zaspokojone będzie przynajmniej w połowie i jedno łóżko przypadnie na mniej, niż tysiąc mieszkańców. Że wtedy dopiero będziemy w połowie drogi, dowodzi utrzymujące się stale jeszcze w r. 1910 niesłychane przepełnienie większości szpitali.

Przełamanie lodów w sprawie klinik lwowskich jest bardzo jasnym punktem w sprawozdaniu, opaźnianie się bowiem dalsze budowy tych klinik zatamowałoby prawidłowy rozwój Wydziału lekarskiego lwowskiego. Pragnąć trzeba, aby także i dalsza rekonstrukcya szpitala lwowskiego przygotowana została bez dłuższej zwłoki, bo szpital w mieście uniwersyteckiem ma przed sobą takie zadania, którym bez odpowiedniego pomieszczenia i urządzenia podołaćby nie mógł. To też budowa krajowego zakładu zakaźnego i utworzenie pracowni rentgenologicznej we Lwowie jest w tym względzie wyraźnym krokiem naprzód. Ale konsekwentnie należałoby corychlej pomyśleć o stworzeniu podobnegoż zakładu zakaźnego krajowego i w drugiem naszem mieście uniwersyteckiem, w Krakowie, gdzie obecny oddział zakaźny w szpitalu św. Łazarza okazuje się za szczupły, a od miasta nie można żądać większych świadczeń, niż od miasta Lwowa, szczególnie wobec znacznie gorszego położenia finansowego gminy krakowskiej. Również konsekwencyą objęcia przez kraj szpitala dla dzieci we Lwowie, powinnoby być objęcie przez kraj krakowskiego szpitala św. Ludwika i to w takich warunkach, aby utrzymującemu je dotąd Towarzystwu umożliwić rozszerzenie jego filantropijnej działalności na innem polu, (jak zwalczanie zołzów i gruźlicy w stałym, rok cały otwartym zakładzie, jakich całe dziesiątki działa zagranicą, gdy u nas mamy tylko kolonie letnie). Wreszcie konsekwencyą wyposażenia jednego ze szpitali krajowych w pracownię rentgenowską z osobnym, specyalnie ukwalifikowanym kierownikiem, powinnoby być utworzenie takiejże samoistnej pracowni i w drugim wielkim szpitalu krajowym, w Krakowie. Naodwrót należałoby znów w szpitalu lwowskim usunąć ile możności te wszystkie braki, które już w Krakowie usunięto lub usunąć postanowiono. Warunki obu tych szpitali ze względu na ich wielkość i rolę w miastach uniwersyteckich są równe, równe też powinno być ich traktowanie. Dlatego tem dotkliwsze jest względne przepełnienie szpitala krakowskiego, tem bardziej pragnąć należy, aby jeszcze w bieżącej sesyi zdążył Wydział krajowy przedłożyć a Sejm uchwalić plany dalszej gruntownej rekonstrukcyi szpitala w Krakowie, a przedewszystkiem, aby raz w jakikolwiek sposób sprawa budowy zakładu położniczego w Krakowie wyciągniętą została z obecnego zabagnienia. (Ciąg dalszy nastąpi).

Słuchaczów medycyny w roli sekundaryuszy lub lekarzy pomocniczych w szpitalach zakazało używać austryackie ministerstwo spraw wewn. w jednem z najświeższych swych rozporządzeń. W obrębie zakresu działania szpitali można jednak studentom medycyny, którzy mają absolutoryum, a nie osiągnęli jeszcze dyplomu doktorskiego, jako aspirantom, hospitantom etc., poruczyć tylko takie czynności, które nie stanowią samoistnego leczenia chorych, jak np. sporządzanie historyi chorych, usługi przy badaniu chorych etc. Jest to wszakże dopuszczalne tylko o tyle, o ile zakład przy tem nie ponosi szkody. Niezbędnym jest zatem warunkiem, aby miejsca lekarzy pomocniczych były należycie obsadzone, a medycy podlegali kontroli lekarzy szpitalnych. R.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 25. IX. do 1. X. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 10 † 2 (w tem obcych 4 † 2), krztuśca 2, płonicy 9 † 1 (1 † —), odry 10 † — (— † —), duru brzusznego 5 † 2 (3 † —), czerwonki 1, nagm. zapalenia opon 1. Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 7. VIII. do 3. IX. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 28 † 9 (w całem mieście † 10), odry 7 † 1 (13), płonicy 117 † 5 (61), błonicy 29 † 4 (17), róży 42 † 2 (11), duru plamistego 19 † 1 (1), duru brzusznego 76 † 15 (14). (Gaz. lek. Nr 40).

Wiadomości bieżące.

Zjazd chirurgów polskich, obradujący właśnie w Warszawie, zgromadził przeszło czterystu uczestników, wśród których znajdują się wszyscy najwybitniejsi polscy chirurdzy i wielu znakomitych przedstawicieli innych gałęzi polskiej medycyny. Na Zjazd zgłoszono do dnia wydania programu niebywałą liczbę 178 wykładów; toteż trzy dni, przeznaczone na Zjazd, napewno nie wystarczą do wyczerpania tak obfitego materyału. Główne znaczenie mają rozprawy, toczące się około 3 tematów programowych: 1) Zapalenie wyrostka robaczkowego (sprawozdawcy prof. Rydygier i prof. Kader), 2) Współczesne sposoby znieczulania (prof. Kryński). 3) Aseptyka i antyseptyka operacyjna (prof. Herman i Dr Leśniowski). Pierwszy i drugi temat poprzedziły teoretyczne wykłady prof. Kostaneckiego (O położeniu wyrostka rob. i jego fałdach otrzewnej ze stanowiska historyi rozwoju) i prof. Cybulskiego i p. Eigera (O elektrokardyogramach przy rozmaitych sposobach narkozy). Zjazdowi przewodniczą: prof. Kosiński, prof. Ziembicki i prof. Rydygier.

Kraków. Ministerstwo oświaty zatwierdziło habilitacyę Dra Tadeusza Koźniewskiego z zakresu farmakognozyi.

— W Zakładzie dentystycznym Uniw. Jagiell. wolną będzie posada I-go asystenta. Zgłoszenia przyjmuje do dnia 1. XI. b. r. Prof. Dr Wincenty Łepkowski.

— Otrzymujemy następujące pismo: »Z powodu szerzenia się cholery we Włoszech nie odbędzie się w roku bieżącym trzecia naukowa wycieczka lekarska, która była projektowana w listopadzie b. r., a miała na celu zwiedzenie Hiszpanii, północnej Afryki, Sycylii i Dalmacyi. Może w roku przyszłym ułożą się korzystniej stosunki zdrowotne i ponętna ta wycieczka będzie się mogła odbyć. — Dr Obtułowicz (Lwów)«.

Warszawa. Rodzina zmarłego w Łodzi przemysłowca ś. p. Emila Geyera ofiarowała na cele dobroczynne 115.000 rubli, z czego 50.000 rb. na fundusz kolonii wakacyjnych dla słabowitych dzieci robotników zakładów fabrycznych p. f. Geyera, 4000 rb. na Pogotowie ratunkowe w Łodzi, 1000 rb. na zakład dla nerwowo-chorych w Drewnicy pod Warszawą.

Z różnych stron. Na VIII. międzynarodowym Zjeździe fizyologów w Wiedniu (27—29. IX. b. r.) mieli wykłady z Polaków: Prof. Beck: »O badaniach galwanometrycznych na rdzeniu«; Dr Zbyszewski: »O elektrokardyogramach serca«; Dr Borkowski: »O polaryzacyi nerwów«; Dr Sosnowski: »O prądach elektrotonicznych«; prof. Cybulski, który należy do komitetu wykonawczego Zjazdu, z powodu nagłego zasłabnięcia nie przybył, a odczyt jego »O prądach czynnościowych mięśni« odczytał w zastępstwie prof. Beck.

— Polski Związek lekarzy i przyrodników w Petersburgu odbył 13. (26) IX. b. r. uroczyste posiedzenie na cześć rodaków, przybyłych na międzynarodowy Zjazd ginekologiczny. Po przemówieniu powitalnem prezesa prof. Czeczotta i po wykładach Dra Neugebauera z Warszawy i prof. Ziemackiego, zapadła na wniosek prof. St. Zaleskiego następująca uchwała: »Przyjmując za punkt wyjścia urzeczywistnienie na obecnym V. Zjeździe międzynarodowym akuszeryjno-ginekologicznym dawnych wieloletnich dążeń naszych stowarzyszeń naukowych do utworzenia na wszelkich zjazdach międzynarodowych osobnych komitetów polskich, dołożyć wszelkich starań, aby komitety były odtąd instytucyą stałą«. Posiedzenie zakończyło się przemówieniem prof. Kadera z Krakowa, który podniósł znaczenie i zasługi Polskiego Związku lekarzy i przyrodników w Petersburgu. Po posiedzeniu odbyła się w serdecznym nastroju biesiada, na której przemawiali Dr Marcinkiewicz, prof. Rosner, Dr Jezierski, Dr Falgowski, prof. Zaleski, Dr Neugebauer i i. i wysłano telegramy z wyrazem wdzięczności i hołdu do prof. Cybulskiego i prof. Marsa.

— Jak donosi »Kuryer lwowski«, we Lwowie powstało ruskie Towarzystwo lekarskie. Komitet założycieli ogłosił w pismach odezwę do Rusinów lekarzy i weterynarzy, wzywając do wstępowania do Towarzystwa, przyczem zaznacza, że czynią się starania w ministerstwie wojny i obrony krajowej o pozwolenie lekarzom wojskowym do wstępowania do Towarzystwa; dotychczas zgłosiło się 63 członków na 150 lekarzy i weterynarzy Rusinów. Na zgromadzeniu konstytuującem uchwalono podjąć starania o rozdział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej na sekcyę polską i ruską. Zarząd Towarzystwa tworzą: przewodniczący Dr Ozarkiewicz, zastępca przewodniczącego Dr Drzymalik, skarbnik Dr Bereźnicki, sekretarz Dr Wachnianin, gospodarz Dr Kobryński, a jako zastępcy Dr Doliński i Dr Trześniowski. Honorowym prezesem Towarzystwa wybrano prof. Horbaczewskiego z Pragi.

Mianowani: Prof. Ghon z Wiednia profesorem anatomii patol. w Pradze (wydział niemiecki); Prof. Payr z Gryfii dyrektorem kliniki chir. w Królewcu; Dr Craig profesorem medycyny wewn. w Dublinie; Dr Munro Kerr profesorem położnictwa w Glasgowie; Prof. F. König z Altony dyrektorem kliniki chir. w Gryfii.

Zmarli:

Dr Andrzej Obrzut

profesor anatomii patologicznej w Uniwersytecie lwowskim, zmarł w 55 roku życia w Nowych Benatkach w Czechach. Obszerniejszy życiorys pomieścimy w jednym z następnych numerów.

Dr Feliks Głogowski w Łochowcach (guber. lubelska), Dr Franciszek Groer w Petersburgu w 62 r. ż.;

histolog prof. S. Mayer w Pradze, ginekolog prof. Chrobak w Wiedniu; internista prof. Leyden w Berlinie.

Redakcya otrzymała: Spira: O stosunkach fizyologicznych i patologicznych między nerwem twarzowym a narządem słuchowym. »Tyg. lek.« 1910. — J. Nelken: Ein Fall von Poliomyelitis anterior acuta cruciata mit folgender Syringomyelie. Odb. »Zeits. f. ges. Neurol. u. Psych.« 1910. — Kwestyonaryusz o życiu płciowem, wydany przez komisyę ankietową przy Bibliotece Medyków U. J. w Krakowie. — Rzętkowski: O żywieniu chorych w szpitalach warszawskich. Odb. »Pamiętnik Tow. lek. warsz.« 1910. — Opolski: Über eine neue Form der haemorrhagischen Diathese: Myokerosis angiotica haemorrhagica. Odb. »Wiener klin. Rundschau«. 1910. — Annual report of the department of health City of Buffalo 1909.

Artykuły oryginalne w czasopismach lekarskich polskich we wrześniu 1910.

Gazeta lek. Nr 36—40: J. Pruszyński: O działaniu na ustrój endotoksyn cholerycznych. — Popielski (dok.). (36—38). — Higier H.: Nawroty przy nowotworach wrzekomych mózgowia. (37. 38). — Hertz R.: Barwiąca się przyżyciowo ziarnistość czerwonych krążków krwi, jej pochodzenie i stosunek do zasadochłonnych nakropień. (38). — Malinowski: Dotychczasowe wyniki własnych doświadczeń leczenia syfilisu przetworem prof. Ehrlicha »606«. (38). — Kozerski: Obecny stan leczenia syfilisu metodą Ehrlicha. (39. 40). — Fidler i Kossak: Przyczynek do epidemiologii i charakterystyki duru brzusznego (40). — Kizler: O rozwoju trudno hodujących się drobnoustrojów na pożywkach Cantaniego. (40).

Medycyna i Kronika lek. Nr 36—40: Wasserthal: O przepuszczalności jelita dla dyastazy. (36). — Springer (dok.). (36—38). — Leyberg J.: O przewlekłem zapaleniu tkanki tłuszczowej skóry białego szczura. (37—39). — German: Przypadek całkowitego wynicowania macicy po porodzie. (39). — Halpern: O przemianie materyi w myastenii. (40). — Wilczyński: O działaniu szczepionek przeciwgruźliczych Dr I. Czajkowskiego. (40).

Tygodnik lekarski Nr 35—39: Schusterówna: O gruźlicy migdałków. (35). — Begleiter (dok.). (35). — Ziembicki (dok.). (35—39). — Reis W.: Badania doświadczalne nad zachowaniem się in vitro dwuprątka Morax-Axenfelda pod wpływem rozmaitych czynników leczniczych. (36—39). — Konopacki: Chemiczny problemat zapłodnienia. (38—39). — Chłapowski Fr.: O metodzie leczniczego szczepienia w chorobach zakaźnych wedle A. Wrighta. (38).

Przegląd chorób skórn. i wen. Nr 7: Rosenberg: Przypadek pemphigus vegetans. — Wiśniewski: Cukrówki. — Nr 8. Malinowski: Stan obecny leczenia syfilisu preparatem prof. Ehrlicha »606« i dotychczasowe wyniki własnych doświadczeń.

Postęp okulist. Nr 7. Wicherkiewicz: Przypadek pęknięcia oka z wyrzucającym krwotokiem u dziecka.

Przegląd chirurg. i ginekol. Z. II. Drac J.: Przyczynek do rozpoznania i leczenia ropnia śledziony. — Flatau i Sawicki: O żebrze szyjnem (dok.).

Kronika dentyst. Nr 9—10. M. Krakowski: Które nowo zalecane środki hemostatyczne, stosowane w dentystyce, odpowiadają celowi? (c. d.).

Zdrowie Z. 9. Brzeziński J.: O działalności kulturalno-higienicznej lekarza fabrycznego. — Kozłowski: Zakład dyetetyczny w Ojcowie.

Przegląd zdrojowo-kąpielowy Nr 11—12. Klęsk A. Spokój w zdrojowiskach. — Piotrowski (dok.).

Nasze zdroje Nr 18—20. Malewski: Z dziedziny dyetetyki. O dyetetycznem leczeniu chorych. — Bandrowski: Ucisk podatkowy naszych zdrojowisk. — Przed walnym Zjazdem zdrojowym we Lwowie. — Dr B. K.: Kistowodzk-Piatigorsk-Essentuki i »Mineralne wody«. — Vessely F.: O leczeniu wodami mineralnemi w domu. — Flis K.: Wypadki nagłej śmierci w miejscowościach zdrojowych.

Głos lekarzy Nr 17—19. Mikołajski: 1) Lwowska komisya przemysłowo-lekarska. 2) Z kongresu higieny szkolnej w Paryżu. 3) Ze stosunków praktyki lekarskiej. 4) Sprawy sanitarne w Sejmie. — Kasy chorych w Austryi. — Ankieta w sprawie kary śmierci (c. d.).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 12. października 1910 o g. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym wykład Dr Filipa Eisenberga: Bakteryologia cholery.

(Na posiedzeniu następnem odbędą się wykłady o klinice i profilaktyce cholery).

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Pillullae Emalypti compos. wyrobu p. Henryka Bankego w Krakowie, zostały dopuszczone do powszechnego obrotu handlowego rozporządzeniem Ministerstwa spraw wewn. z 20. VIII. 1910. L. 17965. R.

L. 2003/10. **KONKURS.**

Wydział powiatowy w Tłumaczu rozpisuje niniejszem konkurs na posadę **lekarza okręgowego** z siedzibą w Ottynii.

Do okręgu ottynijskiego należą następujące gminy: Ottynia, Grabicz, Zakrzewce, Targowica, Hołosków, Skopówka, Mołodyłów, Neudorf, Strupków, Uherniki, Babianka, Winograd i Werona.

Z posadą tą połączona jest roczna płaca w sumie 1.000 Kor. z funduszu powiatowego i ryczałt na objazdy 400 Kor. z funduszu krajowego. 447

Kompetenci winni wnieść swoje udokumentowane podania do Wydziału powiatowego w Tłumaczu najpóźniej do końca października b. r. i wykazać wiek, obywatelstwo austryackie, stopień doktora wszech nauk lekarskich i dotychczasową praktykę.

Posada ta jest połączoną z prawem do emerytury a to w granicach postanowień ustawy z dnia 12 maja 1909, Nr 68 Dz. ust. kr.

Tłumacz, dnia 3 października 1910.

Wydział powiatowy.

Sekretarz: *Walewski.* Prezes: *Jakubowicz.*